FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N° 871

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 19 DEC 1946

Gérard-Edmond-Louis LERNOUT

Né le 23 mai 1921 à Hazebrouck (Nord)

Epithélioma primitif de la trompe de Fallope

Président : M. MOULONGUET, professeur

1946

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

19 DEC 1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **LERNOUT.**

Prénoms : **Gérard-Edmond-Louis.**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

LERNOUT (Gérard - Edmond - Louis). — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. — *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in*-8° *r.,* 68 *p.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LERNOUT (Gérard - Edmond - Louis). — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. — *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in*-8° *r.,* 68 *p.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LERNOUT (Gérard - Edmond - Louis). — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope — *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in*-8° *r.,* 68 *p.*

(*Th Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LERNOUT (Gérard - Edmond - Louis). — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. — *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in*-8° *r.,* 63 *p.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550028_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le

Gérard-Edmond-Louis LERNOUT

Né le 23 mai 1921 à Hazebrouck (Nord)

Epithélioma primitif de la trompe de Fallope

Président : M. MOULONGUET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR..... **Jean VERNE.**

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.), CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutiqu et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (É.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), M^lle J. LEVY (*Pharmacologie*) OLIVIER (*Anatomie*)

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
	N... ff DEBEYRE
Anatomie patholog.	DELARUE.
	M^lle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.

	MM.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto - rhino - laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurg.	FÉVRE.
	HUGIER.
	LEGER.
	MERLE D'AUBIGNE.
	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérim.	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (G.)
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.

	MM.
Pathologie médicale	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien)

	MM.
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch, d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*)

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	MM.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. - CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR EDMOND PARMENTIER

A MES ONCLES

LES DOCTEURS JEAN PARMENTIER
ET LOUIS LOTH

Que leur exemple guide ma carrière.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur **MOULONGUET**

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de mon respect.

A Monsieur le Docteur CABY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Ancien aide d'anatomie et Chef de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de l'Hôpital Galignani (Corbeil).

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a, pendant plus d'un an, dirigé et aidé dans l'étude de la chirurgie.

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES AMIS

DE L'HÔPITAL DE CORBEIL

HISTORIQUE

Depuis le cas de Reynaud en 1847, tous les travaux, même les plus récents, concernant l'épithélioma primitif des trompes mettent en évidence la rareté de cette lésion. Tous les auteurs reconnaissent que le diagnostic précoce de cette tumeur, surtout chez une femme jeune, est presque infaisable. Déjà en 1904, Lecène faisait remarquer que l'absence d'examen histologique systématique des trompes extirpées expliquait la méconnaissance de nombreux cas. La rareté de cette tumeur n'était-elle pas, en effet, plus apparente que réelle ?

Les anciens auteurs ne distinguaient pas entre le cancer primitif et le cancer propagé des autres organes ; c'est Rokitansky, en 1861, qui décrit les lésions histologiques d'une tumeur « exceptionnelle ». Après la description, par Doran, du « deuxième cas authentique de cancer primitif » et un exposé anatomo-clinique du même auteur en 1888, Orthmann publie la même année le premier travail d'ensemble sur les tumeurs tubaires. Cependant, Schœder en 1890, nie l'existence des tumeurs malignes des trompes. Il faut attendre les travaux de Routier et Tuffier en 1893 et 1894, l'étude histologique et le classe-

ment de tous les anciens cas par Saenger et Justus Barth en 1894, pour que l'existence de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope soit définitivement admise.

A partir de cette date, les publications se multiplient et chaque année de nouveaux cas sont rapportés, ainsi ceux d'Osterloh en 1896, de Boldt et Riss en 97 et celui de Teubner en 1898.

Une étude macroscopique et microsccpique des tumeurs papillaires des trompes est faite par Macrez en 1899 et la thèse de Danel comporte, avec la publication de vingt-neuf cas, un important chapitre réservé à l'anatomie pathologique des tumeurs malignies primitives des trompes.

Une récapitulation bibliographique et un exposé clinique et anatomique font l'objet d'un mémoire de la revue de chirurgie dans laquelle Quénu et Longuet publient trente-neuf cas en 1901.

Diener et Fouzo apportent deux cas nouveaux en 1902 puis, la même année, Peham fait une revue de tous les cas publiés. Le nombre de ceux-ci est porté à cent par Doran en 1910. Bourrely en 1911 publie cent onze cas dont un de Lecène et un de Gosset relatés tous deux en 1909.

La thèse d'Anduze Acher à Toulouse en 1911, les travaux d'anatomie pathologique de Doderlein en 1921 ne constituent pas une œuvre aussi importante que la thèse de Biar qui, en 1924, réalise un travail d'ensemble très complet et dont les quatre-vingt

douze observations contiennent de nombreux cas nouveaux personnels.

Des observations de cas cliniques sans portée générale sont dues à Muller en 1924, à Estève en 1927 et à Scott Oliver en 1929. C'est en 1931 que Nurnberger apporte une statistique de trois cent un cas.

Plus récemment, Gouibert à Lyon et Daret à Bordeaux ont consacré leur thèse inaugurale au cancer de la trompe de Fallope et enfin Offmann en 1940 publie à Montpellier une observation de Massabuau.

La découverte par le Docteur Caby, dont nous sommes l'interne, de deux nouveaux cas de cancer de la trompe de Fallope est à l'origine de ce travail. Ces lésions considérées comme exceptionnelles en 1861 et devenues classiques après les travaux de Quénu et Longuet en 1901 semblent aujourd'hui d'une rareté toute relative.

Nous pouvons dire avec Leuret qu'il n'y a plus désormais intérêt à faire le décompte exact des cas connus. Chaque année, on constate la publication de plusieurs cas isolés et chaque chirurgien, au cours de sa carrière, peut être amené à observer d'assez nombreux cancers tubaires.

Le nombre des cas publiés croissant chaque année, la connaissance plus exacte depuis les travaux de Leuret de l'anatomie pathologique des lésions et le développement constant de l'étude des symptômes cliniques qui les accompagnent, donnent à penser que ce travail ne sera pas inutile s'il passe en revue

les publications antérieures et permet de poser, plus précocement dans certains cas, l'indication opératoire. Sans prétendre épuiser la question, nous espérons que cette étude pourra aider ceux qui nous suivront, faciliter leur travail et orienter leurs recherches.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Biar évalue à 1,5 % la proportion d'épithélioma de trompe par rapport aux lésions cancéreuses des autres parties de l'appareil génital de la femme. Voyons à quelles conclusions l'âge, le passé obstétrical et les affections gynécologiques antérieures des malades dont les observations ont été publiées, permettent d'aboutir en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de ces lésions.

Age

L'âge habituel des malades est compris entre quarante et soixante ans, avec une prédominance entre quarante et cinquante ans. Les deux malades du Docteur Caby étaient respectivement âgées de cinquante-trois et cinquante-cinq ans.

Il s'agit là de prédominance et plusieurs cas sont à noter: les uns au-dessus de soixante ans avec la malade de Novy âgée de soixante-dix ans, les autres bien au-dessous de quarante ans. Biar en effet rapporte le cas d'une malade âgée de vingt-deux ans et Kahn et Morris ont trouvé un épithélioma chez une femme de dix-huit ans.

Passé obstétrical

Plusieurs auteurs avec HORROCK ont fait jouer à la stérilité un rôle prédisposant. Il y a lieu, cependant, de remarquer que beaucoup de malades ont eu des enfants. Notre malade n° 1 est une multipare et dans le passé obstétrical de la malade opérée à l'Hôpital de Corbeil on note un accouchement normal trente-et-un ans avant l'intervention.

La malade de GUILLEMIN avait eu deux enfants, celle de SYDNEY SMITH trois et celle de KAHN et MORRIS un. La malade de MASSABUAU n'avait pas eu d'enfant mais avait fait une fausse couche neuf ans avant l'intervention.

Parmi tous les cas publiés, la proportion des malades ayant fait un ou plusieurs avortements est assez importante pour être signalée.

Menstruation

Les troubles de la menstruation ont été relevés dans le passé de certaines malades. Cependant, notre malade n° 1 avait toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de cinquante et un ans. Nous ne croyons pas qu'il existe entre ces troubles menstruels très antérieurs à la découverte des lésions et ces lesions elles-mêmes une relation quelconque. Ces irrégularités du cycle œstral et les ménoragies anciennes sont plutôt le fait d'un déséquilibre hormonal ou de lésions associées.

Ménopause

Dans les deux tiers des cas les malades sont encore réglées et la menstruation ne semble pas forcément influencée par la lésion. Ce ne sont pas les quelques observations publiées récemment qui nous feront infirmer cette opinion émise par Daret en 1939.

Faut-il attacher grande importance au fait que les observations étudiées à ce point de vue relatent très souvent des accouchements, des avortements ou des lésions inflammatoires ayant atteint la trompe ou les organes voisins ?

Il y a souvent coexistence ou préexistence des tumeurs des annexes ou de l'utérus. Nous allons passer en revue rapidement les hypothèses pathogéniques soulevées jusqu'à ce jour.

1° Lésions inflammatoires chroniques.

Saenger et Barth insistent sur la fréquence des salpingites antérieures. Pour eux, la gonorrhée ascendante serait éminemment prédisposante et ils lui font jouer un rôle étiologique capital. L'extraordinaire fréquence de la gonococcie tubaire vis-à-vis de la rareté du cancer de la trompe nous permet de penser, avec la majorité des auteurs modernes, qu'il ne s'agit là que d'une coïncidence banale. Pour Quénu d'ailleurs, « la salpingite peut être secondaire à bon nombre de cas. Toute néoplasie à développement papillaire à la surface d'une muqueuse s'infecte et infecte secondairement cette muqueuse. Seules auraient de la valeur les observations dans

lesquelles les annexites précèderaient d'un temps très long l'éclosion des dégénérescences épithéliales. » Tout au plus peut-on admettre que dans certains cas les infections chroniques antérieures ont eu un rôle de facteur favorisant.

2° Tumeurs bénignes de la trompe.

L'épithélioma tubaire proviendrait, pour Doran et Féarne, de la dégénérescence maligne des papillomes bénins, que l'on rencontre souvent dans les infections chroniques de la trompe. Le Balle et Patay en 1929 démontrent, en suivant l'évolution de la lésion, la transformation que Lecène en 1909 déclarait « indémontrable ».

« Du repli de la muqueuse tubaire normale, nous passons au papillome. Ici, la prolifération épithéliale, due à une active karyokinèse normale, tend à serrer côte à côte les cellules épithéliales. Le passage à un deuxième stade, c'est-à-dire l'épithélioma papillaire massif, est reconnaissable à une chromatophilie plus intense. Ici, sur un substratum conjonctif, se stratifient un grand nombre de cellules. Enfin, le stade final de l'adéno-carcinome semble résulter du second par une nécrose de tous les éléments. Les lumières pseudo-glandulaires sont, en effet, remplies de cellules épithéliales dégénérées. Là les monstruosités cellulaires et les karyokinèses atypiques désorientées indiquent bien la phase ultime de la prolifération épithéliale locale. Nous apportons donc aujourd'hui la preuve histologique indiscutable du

fait que l'épithélioma primitif de la trompe provient de la transformation d'un papillome intra-tubaire. »

3° Tumeurs de l'utérus et des ovaires.

C'est Jean Leuret qui soulève, à propos de la simultanéité fréquente des lésions sur le tractus génital, l'hypothèse d'un facteur général de cancérisation. Et il évoque alors le rôle probable des facteurs endocriniens :

« A l'état normal, dit-il, nous voyons les divers éléments du tractus génital subir des modifications différentes mais interdépendantes, sous l'influence des facteurs hormonaux. On peut penser que, sous l'action de causes locales ou générales, à une actio nendocrinienne déviée corresponde une activité mitro-génétique déviée également. Rappelons que Gruyer et Clauss (1933) ont trouvé, dans un cas de carcinome utérin, des modifications de l'hypophyse voisines de celles qu'on observe dans la grossesse. Zondek a montré la richesse du prolan A de l'urine des cancéreux, et ceci surtout dans les cancers génitaux de la femme. Dans un ordre d'idées voisin, les travaux de Lathroy et Lœb (1916), les expériences de Murray, celles de Laccassagne ont montré le rôle favorable de la folliculine dans la genèse du cancer mammaire. »

Enfin signalons l'hypothèse de Pehan, Leuret et Leroux. Ceux-ci pensent que les épithéliomas de la trompe, ressemblant par leur structure aux cancers wolfiens de l'ovaire, se développent aux dépens des

canaux de Muller. D'après Masson, en effet : « Rien, à part leur siège, ne permet de distinguer les épithéliomas de l'oviducte des cancers wolfiens de l'ovaire. »

Bien que l'état actuel de la question ne permette pas de donner telle ou telle explication sûre à la pathogénie du cancer tubaire, il nous a paru intéressant de signaler ces diverses hypothèses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leuret a présenté en 1937 un travail d'ensemble qui est une mise au point complète de l'anatomie pathologique des épithélioma primitifs des trompes.

1° Côté atteint :

Il semble bien que ce soit le plus souvent le côté droit.

Quénu : sur trente-six cas, en note vingt-huit à droite alors que les huit autres cas sont bilatéraux.

Biar désigne trente-six pour cent comme proportion de bilatéraux et pour lui, les cas unilatéraux sont aussi bien gauches que droits.

Les deux cas que nous présentons sont l'un bilatéral et l'autre droit.

Les proportions de Quénu et Biar se retrouvent dans presque toutes les séries un peu importantes. De sorte que, avec une certaine approximation, il est permis de dire que le cancer tubaire apparaît comme unilatéral dans les trois quarts des cas, comme bilatéral dans le quart restant. Cette notion mérite d'être signalée, car sa constance lui confère une valeur séméiologique certaine.

2° Aspect des lésions :

Variable suivant le moment de l'évolution où est pratiqué l'intervention chirurgicale, il permet une schématisation.

D'après la majorité des cas, LEURET examine les deux stades successifs que présentent les lésions :

a) STADE INTRA-TUBAIRE. — Le néoplasme né de la muqueuse présente alors une efflorescence uniquement intra-tubaire (cancer endophytique de NOVY). La durée moyenne semble être de six à huit mois selon LE BALLE et PATAY.

b) STADE EXTRA-TUBAIRE. — Le néoplasme a diffusé et envahi par propagation ou par greffe les organes voisins.

C'est donc le stade intra-tubaire qui présente seul, de toute évidence, les meilleures conditions d'opérabilité locale. Cependant, il convient de faire remarquer que la précocité de certaines métastases peut rendre parfois illusoire une ablation pourtant précoce.

Etudions successivement, avec LEURET, ces deux stades anatomiques en joignant la description histologique à l'étude du stade intra-tubaire.

I. - ÉPITHÉLIOMA DE LA TROMPE AU STADE INTRA-TUBAIRE

Il se développe en règle au niveau du segment ampullaire de la trompe. Et ceci ne souffre guère

d'exceptions. Nombreux sont ceux qui ont examiné des segments interstitiels intacts même dans des tumeurs évoluées. Moulonguet rapporte les documents concernant un cancer très atypique siégeant au niveau de segment interstitiel. Lecène se demandait si ce cas n'était pas un endométriome isthmique en dégénérescence maligne. Cette restriction ne serait pas valable pour les auteurs qui, avec Cornil et Mosinger admettent les endométriomes dégénérés dans le groupe des épithélioma tubaires dysembryoplasiques.

a) Aspect macroscopique

1° *Le volume de la trompe* malade varie de celui d'une grosse noix à celui d'une poire. Elle est lisse, tendue, rénitente au palper. Les descriptions l'ont montrée « en cornue » ou en « boudin ». D'après Leuret, auquel nous empruntons presque toute cette étude anatomo-pathologique, le fait anatomique essentiel est l'état des orifices tubaires ;

a) L'orifice abdominal est fermé par les franges du pavillon agglutinées au point d'être méconnaissables. Cette fermeture est la condition anatomique essentielle du stade intra-tubaire, elle apparait comme quasi constante, puisque dans sept cas seulement, l'ostium était ouvert, alors que le néoplasme était encore bien limité.

b) L'orifice utérin est ouvert : à cette perméabilité est due certainement l'existence fréquente d'un

écoulement vaginal trans-utérin d'origine tubaire, la « vomique tubaire » ou l' « hydrops tubae profluens » d'Offman.

2° *Examen de la trompe ouverte.* — Les tumeurs en chou-fleur, constituées de masses végétantes considérables sont libérées par l'ouverture de la trompe. Celles-ci baignent dans un liquide, souvent très fétide, qui peut être séro-hématique, grumeleux ou franchement purulent.

Les végétations sont quelquefois pédiculées et proviennent, soit d'une prolifération diffuse de toute la paroi ampullaire, soit d'un développement malin et anarchique d'une petite surface d'implantation.

Ces mêmes végétations peuvent avoir le type papillaire ; elles sont alors très fines et très divisées. Dans d'autres cas, plus épaisses et blanchâtres et libres de toute attache, elles forment une masse plus ou moins homogène à l'œil nu. Cet aspect répond à ce qu'on appelle le type encéphaloïde.

b) Aspect histologique

Les examens multiples en divers points d'une tumeur sont rendus nécessaires par l'existence souvent concommitante d'aspects absolument différents. C'est ainsi que certains auteurs ont découvert à côté d'aspects d'épithélioma papillaire des images bénignes de papillomes hyperplasiques.

Ce paragraphe comprendra, d'une part, l'exposé des architectures histologiques décrites sans tenir

compte de leur histogénèse probable, d'autre part, le comportement microscopique du cancer envers la paroi tubaire qui l'enveloppe.

1° Les architectures histologiques

Elles sont variables et permettent de décrire schématiquement :

a) Les aspects typiques :

Ceux-ci rappellent la disposition architecturale de la muqueuse tubaire. C'est le cas de la pièce examinée par le Docteur Desmonts. Le résultat de l'examen relaté dans notre observation n° 1 stipule : « Paroi tubaire et muqueuse végétante où les mitoses sont fréquentes ».

Dans ce groupe, on distingue deux dispositions principales :

Aspect papillaire. — Les végétations fibro-épithéliales sont plus ou moins semblables aux franges et replis tubaires. Outre, le caractère plus végétant, plus arborescent que dans la muqueuse normale quelques détails indiquent la nature du processus : pluri-stratification des cellules, modifications morphologiques. Elles s'arrondissent, perdant leurs cils et leurs limites nettes, cependant que leur noyau devient très chromatique.

Aspect papille-alvéolaire. — La prolifération épithéliale est plus active, réalisant à la fois une structure végétante et désordonnée et des pseudo-canaux

glandulaires. En certains points, la stratification cellulaire peut réaliser des aspects véritablement massifs, cependant que la différenciation est très accentuée : Cellules hautes, cellules basses et chromatophiles, cubiques ou même polygonales.

b) Les aspects non typiques :

Aspect massif. — La disposition végétante disparaît du fait de travées formées uniquement de cellules épithéliales et qui se réunissent en masse cellulaire diffuse.

Deux dispositions particulières sont assez fréquentes. Ce sont, d'une part, la disposition pavimenteuse ou épidermoïde (Cornil et Mossinger) et, d'autre part, la disposition sacamatoïde, qui a été signalée par Zangemeister, Faller, Kelaer, Kaufmann et de nombreux auteurs après eux.

Aspects défiant toute description. — Ils sont encore nommés épithélioma tubaires polymorphes de Heil.

Aspects Wolffiens décrits par Cornil et Mossinger.

Tels sont les aspects histologiques que l'on observe, soit à l'état pur, soit associés dans les végétations tumorales.

2° Le comportement histologique envers la paroi tubaire

A ce point de vue deux caractères seraient primordiaux :

- L'intégralité constante de la séreuse (Novy).

— La croissance uniquement exophytique (SCHOTTLOENDER).

Mais, en fait, l'épithélioma à développement intra-tubaire peut infiltrer la paroi tubaire, par traînées pleines ou par tubes. Et le fait n'est pas rare.

Il faut, cependant, se méfier de l'existence de formations épithéliales intra-pariétales non tumorales, avant d'affirmer la pénétration de la paroi.

Telles sont les données anatomiques fournies par l'examen de l'épithélioma tubaire à son stade intra-tubaire, à son stade chirurgical.

Avant d'exposer l'évolution ultérieure de la lésion, étudions, encore avec LEURET, les rapports anatomiques de la trompe malade, envisagés au point de vue opératoire. Deux éventualités sont possibles qui, pour BIAR, seraient d'une égale fréquence.

— *La trompe peut être libre.* — Elle présente alors souvent la forme dite en boudin, cylindre distendu libre. Aussi, peut-il arriver que la trompe ne soit pas perçue au toucher vaginal. Dans le cas de CULLEN, elle était située dans l'abdomen. Dans le deuxième cas de SPENCER, que nous relatons plus loin, la tumeur abdominale remontait jusqu'à cinq pouces au-dessus du pubis. L'absence de toute adhérence, au niveau d'une trompe distendue, peut être un assez bon signe de la nature tumorale de la lésion, dès la découverte de celle-ci. C'est en tout cas, une éventualité chirurgicale favorable.

— *La trompe peut être fixée par des adhérences inflammatoires.* — Elle présente alors souvent la forme dite en cornue qui la fait singulièrement ressembler à un pyosalpynx, elle est fixée dans le bassin et accessible au toucher. Rien ne la distingue à ce point de vue d'une salpingite banale (Biar).

Les adhérences qui fixaient un épithélioma intra-tubaire sont-elles toujours inflammatoires ? Théoriquement et schématiquement, oui. Leur libération plus ou moins aisée complique seulement l'acte opératoire ; elle expose à la rupture prématurée de la trompe. Cette éventualité s'est produite lors de l'intervention pratiquée sur notre malade n° 2. Cependant, dans ce cas précis, il semble bien que les adhérences étaient néo-plasiques. Le Docteur André Leuret a publié en 1923 l'observation d'une malade dans le cas de laquelle il a découvert opératoirement des adhérences par infiltration pariétale précoce, au niveau d'un cancer encore endo-tubaire.

Tous les faits exposés dans ce paragraphe consacré à l'étude anatomo-pathologique de l'épithélioma de la trompe, au stade intra-tubaire, montrent la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention aussi précoces que possible.

Si le chirurgien n'intervient pas, l'évolution se poursuit par la rupture du pavillon de la trompe par une véritable ulcération mécanique, lorsque le volume de la masse intra-tubaire atteint un trop considérable développement. Nous en arrivons ainsi au deuxième stade qu'étudie Leuret.

II. - ÉPITHÉLIOMA DE LA TROMPE AU STADE EXTRA-TUBAIRE

A ce stade de diffusion du néoplasme, l'extériorisation des végétations néo-plasiques va dominer l'évolution en permettant l'envahissement tant par greffe que par continuité du péritoine et des organes voisins.

Le péritoine du petit bassin est envahi par les bourgeons néoplasiques qui peuvent être très abondants.

Mais, LEURET insiste sur ce point, *l'ascite n'est pas un témoignage fréquent de l'atteinte péritonéale.* Elle n'est signalée que dans les cinq cas de NÉROMAN, de FISCHEL, de POMPE VAN MERDEROORT, de ZUN BUSCH et d'HERBERT SPENCER. Encore ne s'agit-il pas d'ascite sanglante. Dans le cas de notre observation n° 1, où le néoplasme a déjà atteint le stade d'évolution extra-tubaire, il existe une ascite constatée à l'ouverture du ventre et des adhérences des végétations néoplasiques, sortant par le pavillon aux faces postérieures du ligament large. Nous reproduisons aussi l'observation dans laquelle HERBERT SPENCER relâte la découverte opératoire d'une ascite sanguinolente.

Les viscères sous-péritonéaux sont fréquemment envahis plus ou moins rapidement. Sigmoïde, rectum, vessie adhèrent vite aux masses végétantes du cancer diffusé. LECÈNE a publié un cas intéressant dans lequel l'invasion très localisée de la paroi intes-

tinale aboutit à une fistulisation tubo-sigmoïdienne. Le compte rendu opératoire du second cas opéré par le Docteur Caby met en relief les fortes adhérences unissant la trompe malade au rectum et au vagin dans le cul de sac de Douglas.

Tels sont les deux stades anatomiques essentiels, successifs et schématiques, qui forment, dans ses grandes lignes, l'évolution du cancer tubaire.

Il reste à étudier deux points de ce chapitre anatomique de l'épithélioma de la trompe. Ce sont d'une part, l'envahissement lymphatique et, d'autre part, les localisations néoplasiques concomitantes des autres éléments du tractus génital.

1° L'envahissement lymphatique

Rappelons la systématisation des lymphatiques efférents de la trompe. Le réseau muqueux que ni Bruhus, ni Poirier n'avaient pu injecter, a été décrit par Capellani et par Kromer. Il est constitué de lacunes à l'intérieur des plis de la trompe. Avec des lymphatiques de la musculeuse, il conflue vers le réseau sous-séreux.

M. et Mme Pelle ont repris récemment, avec le Professeur Rouvière, l'étude des collecteurs.

La voie principale rejoint, par le mésosalpinx, les troncs d'origine utérine situés dans le mésométrium. De là, ils longent les vaisseaux utéro-ovariens et se terminent :

— A droite, dans un ou deux ganglions précaves, voisins de la bifurcation aortique.

— A gauche, dans un ou deux ganglions latéro-aortiques sous-jacents au pédicule rénal.

Le premier relai de la voie principale est donc lombaire.

Les voies accessoires sont au nombre de deux :

— Une voie iliaque externe (50 % des cas). Les troncs vont de la partie moyenne de la trompe au ganglion supérieur de la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes, dans l'angle de la bifurcation de l'iliaque primitive.

— Une voie hypogastrique (15 % des cas). Le vaisseau qui la constitue longe l'artère ombilicale et se termine dans un ganglion hypogastrique.

Held rapporte qu'à l'intervention, il trouva un gros paquet de ganglions hypogastriques envahis. Dans une des observations de Leuret, l'extrême adhérence de la trompe au péritoine pariétal au niveau des vaisseaux iliaques est peut-être due à un envahissement précoce des voies lymphatiques accessoires ?

Ces données anatomiques expliquent en partie que la question ganglionnaire soit d'un intérêt secondaire dans la chirurgie du cancer tubaire.

Nous avons vu, en effet, que le cancer de la trompe est essentiellement végétant en surface. L'envahissement lymphatique est un phénomène tardif. Il ne se voit que dans les cas déjà inopérables du fait de la diffusion locale. Dans les cancers

tubaires, encore bien limités, les récidives sont exceptionnellement ganglionnaires.

De sorte que la question ganglionnaire peut s'exprimer ainsi : l'éloignement et l'étendue des premiers relais sont tels que leur exérèse systématique au stade intra-tubaire aggravèrent certainement la gravité immédiate d'interventions qui, limitées au tractus génital, apparaissent comme suffisantes dans la majorité des cas. De même, lorsque les ganglions sont envahis, leur exérèse ne semble guère que faire aggraver le pronostic d'interventions déjà inutiles du fait de l'étendue de la diffusion locale.

Les cas d'envahissement lymphatique précoce existent, mais ils sont rares. Et, il semble que lorsqu'une adénopathie accompagne un cancer au stade intra-tubaire, il s'agit souvent des relais ganglionnaires des voies accessoires, plus proches, et dont l'exérèse pourra être tentée avec succès (ganglions pelviens souvent envahis).

Signalons avec Rosthorn et Biar, la possibilité d'adénopathie vaginale par les lymphatiques du ligament rond.

2° Les localisations néoplasiques concommittantes sur les autres segments du tractus génital

Très souvent on a trouvé des lésions néoplasiques de l'utérus ou des ovaires sur les pièces d'hystérectomie pour cancer de la trompe.

Voyons ces lésions plus en détail mais l'importance de ce fait en lui-même ne saurait échapper ; il

commande de pratiquer toujours une ablation complète de l'utérus et des annexes.

A. - Cancer utérin.

La coexistence d'un cancer de la trompe et d'un cancer utérin est très fréquente, qu'il s'agisse d'un cancer du corps ou du col. JACOBS, LECÈNE, BEKMAN, RUGE en ont publié des cas. J.-L. FAURE et DOUAY ont vu un épithélioma de la trompe droite et du canal cervical (thèse de FAVREAU). Dans un cas que LEURET présentait à la Société Anatomique, coexistaient un épithélioma bilatéral des trompes et un épithélioma végétant du corps. PORTES et ISIDOR ont publié un cas analogue. OFFU en 1932 a tenté de fixer la fréquence de cette coexistence qui a été notée dans 53 cas sur 1.136 hystérectomies.

Ces localisations, poursuit LEURET, sont par la majorité des auteurs considérées comme des métastases du cancer tubaire. (Signalons en passant le travail de SAMPSON consacré aux métastases tubaires des cancers utérins). Mais le mécanisme de ces métastases a été discuté.

a) Métastase par voie sanguine. C'est l'hypothèse de LECÈNE pour son cas où un noyau cancéreux siégeait dans l'ovaire du côté opposé, et un autre dans l'épaisseur du myomètre cervical. RUGE cependant, pour un cas identique, préfère admettre la voie lymphatique.

b) Métastase par voie lymphatique. Admise par FRANQUE, par RUGE.

Dans ces deux cas, on s'explique bien les métastases dans la paroi utérine mais moins les cancers utérins uniquement végétants en surface.

c) Métastase par implantation ou par greffe sur la muqueuse.

On l'a admise, grâce à la perméabilité de l'ostium utérinum. Grandclaude et Razemon la pensent fréquente. En fait, cette explication paraît pour Leuret assez discutable.

Thaler, en 1916, avait trouvé des fragments tumoraux libres dans un utérus normal. Ce que nous savons des greffes expérimentales de tumeurs épithéliales ne nous encourage pas à admettre la greffe endo-utérine et le développement secondaire de débris en promenade qui, au surplus, sont habituellement des débris nécrosés. Cependant, nos deux premières observations pourraient à certains points de vue être considérées comme des arguments en faveur de l'hypothèse de la métastase par greffe.

Une autre hypothèse, par contre, nous semble devoir être soulevée. Nous y reviendrons après avoir étudié les lésions ovariennes si souvent associées à l'épithélioma tubaire.

B. - Lésions des ovaires.

a) *Du côté du cancer tubaire.* — L'ovaire qui peut être atrophique ou normal est souvent kystique : pour Zweifel, dans un quart de cas. Ces kystes sont le siège de végétations endo-kystiques (Douay).

Normal ou kystique, l'ovaire est très souvent envahi. Dans le cas d'épithélioma et de sarcome tubaire simultané publié par LEURET, il existe dans les deux ovaires des métastases épithéliales.

HERBERT SPENCER, dans son deuxième cas publié en 1910 et dont nous reproduisons plus loin l'observation, a trouvé un kyste ovarien simple du volume d'un citron. TATE a publié, également en 1910, un cas de carcinomes des trompes et de l'ovaire droit associés d'ailleurs à un carcinome de l'appendice.

Lorsqu'il est kystique, l'ovaire peut, par sa fusion avec le cancer, réaliser un kyste tubo-ovarien : WYNTER ESSEX, KNAUS, KUNDRAT, RAABE, LATZKO, SCHWARTZ en ont rapporté les premiers exemples.

b) *Du côté opposé.* — Si l'envahissement direct n'existe pas, il y a souvent une métastase par voie sanguine ou simple lésion kystique de type banal.

Pour terminer l'étude de ces lésions associées du tractus génital, LEURET expose l'hypothèse d'une « épithéliomatose multiple, diffuse, des divers éléments du tractus génital. »

« Autrement dit, peut-être ne s'agit-il là que de réponses locales multiples et simultanées à un facteur de cancérisation d'ordre général. Suivant leur état local, les éléments du tractus génital répondraient à leur façon à cette excitation. Voyons ce qui nous permet d'exprimer cette façon de voir qui n'est pas en contradiction avec ce que nous savons des phénomènes de la cancérisation.

La bilatéralité fréquente et simultanée de l'épithélioma tubaire s'expliquerait bien de cette façon. Rappelons que c'est l'explication que propose MILARTY pour la bilatéralité des tumeurs épithéliales de l'ovaire.

L'intégralité de la paroi tubaire, le caractère superficiel des productions tumorales dans certains cas de cancer utéro-tubaire évoquent bien la notion d'une réponse diffuse éclatant au niveau des zones les plus fertiles de l'épithélium génital.

L'inégalité même des lésions rencontrées sur le tractus génital est loin d'être un obstacle à cette explication ; que l'on trouve à la fois un adénome dans une trompe, un épithélioma dans l'autre, des lésions kystiques ou végétantes dans les ovaires ne démontre pas qu'une action mito-génétique commune n'ait pas atteint tout le tractus. Cela prouverait seulement que les possibilités locales étaient différentes dans les divers segments du tractus génital, et que de ce fait, les réponses se trouvent être différentes. Cette façon de voir établit un lien assez étroit entre lésions bénignes et malignes, lien peut-être plus juste que la notion d'une simple dégénérescence.

Enfin, les proliférations simultanées du conjonctif et de l'épithélial trouvèrent là une explication plausible. MOENCH, frappé de la fréquente coexistence du cancer tubaire et du fibrome utérin avait soupçonné un rapport entre ces deux lésions. »

ÉTUDE CLINIQUE

En 1901, Quénu et Longuet écrivaient : « Le tableau clinique du cancer de la trompe est jusqu'ici si peu précis que, dans aucun cas le diagnostic n'a pu être porté. »

Biar, en 1924, ne constatait un diagnostic exact que trois ou quatre fois sur les 213 observations qu'il avait rassemblées.

Une symptomatologie fruste et difficile à interpréter explique la difficulté de porter le diagnostic. Tous les auteurs ont insisté sur ce point et Offman écrit en 1940 : « Le diagnostic précoce de cette tumeur, surtout chez une femme jeune, est presque chose infaisable. »

Dans les cas récents que nous avons étudiés, les épithélioma de la trompe furent tous découverts à l'intervention.

Cependant, nous allons essayer de montrer comment le groupement de symptômes fonctionnels, de signes physiques et de signes généraux peut réaliser des aspects cliniques qui n'ont souvent rien de caractéristiques.

Signes de début

Le début est, en général, insidieux. S'il s'agit de femmes avant la ménopause, le premier signe inconstant d'ailleurs, peut être une modification des règles. S'il s'agit de femmes après la ménopause, ce sont au contraire des pertes séreuses ou jaunâtres, se teintant ensuite de sang. Mais le premier signe peut être aussi constitué par de la douleur, qui peut présenter des caractères variables, être uni ou bilatérale expulsive ou lancinante, sourde et continue. Ce sont là les signes de début les plus fréquents, et ce n'est qu'exceptionnellement que les malades en présentent d'autres comme les troubles de la miction, la dysménorrhée ou l'altération de l'état général.

Période d'état

Nous étudierons d'abord les symptômes de façon analityque et verrons ensuite les différentes formes cliniques que leurs divers groupements peuvent réaliser.

I. - Symptomes fonctionnels.

La douleur. — C'est souvent le signe le plus précoce. Sourde et continue dans certains cas, elle peut parfois s'exacerber en douleurs expulsives et constituer alors de véritables crises. Son intensité varie de la simple pesanteur à la douleur très vive s'irradiant vers le dos ou les membres inférieurs, empêchant la malade de dormir et lui faisant réclamer l'intervention chirurgicale.

Dans notre observation n° 2, comme nous l'avions vu dans le cas de notre malade n° 1, 3 mois avant l'intervention, il existait de vives douleurs de la fosse iliaque droite avec irradiation vers la cuisse du même côté. Par contre, dans le cas de Biar sa malade de 22 ans opérée en mai 1914 souffrait du bas ventre depuis octobre 1913 et les irradiations de la douleur se faisaient vers la région sacrée.

Les troubles de la menstruation. — Si la femme est encore réglée, le cancer tubaire entraîne assez souvent des troubles de la menstruation. Biar (voir observation III) et Bourrely ont rapporté des cas de ménorragies assez abondantes. Herbert Spencer, dans son observation concernant un cas de cancer primitif de la trompe chez une vierge de 35 ans, signale que « la menstruation est seulement exagérée depuis quelques mois ».

Leuret se demande si, dans le cas où elles existent, ces ménorragies ne sont pas en rapport avec un fibrome utérin associé.

Quelques auteurs signalent de la dysménorrhée ou même de l'aménorrhée mais celles-ci semblent bien rares.

Wiesenger, Maiss, L'Espérance, Schafer et Eglington, signalent quelques métrorragies mais la rareté de celles-ci permet à Le Balle de trouver là une « opposition manifeste avec le cancer utérin ».

La leucorrhée. — Biar constate en 1924 qu'elle n'est pas signalée dans six cas. Leuret, onze années

plus tard, la considère comme constante et en fait un signe de valeur lorsqu'elle survient sans signe de métrite inflammatoire, surtout au moment de la ménopause.

L'étude anatomo-pathologique nous a montré la constance de l'occlusion de l'oviducte du côté abdominal et la perméabilité quasi-constante de l'ostium-utérinum. Ces deux faits conditionnent l'écoulement vaginal trans-utérin d'origine tubaire. Celui-ci en général séreux ou gommeux, clair ou transparent au début, est rarement teinté de sang. Notre seconde malade signale qu'elle a eu des pertes claires comme de l'eau. Dans d'autres cas, l'écoulement fut épais et sanieux.

La fréquence et la durée des leucorrhées sont variables. En règle générale, après une période de début au cours de laquelle les pertes sont intermittentes et d'abondance inégale, elles atteignent après quelques mois « une continuité véritable, désespérante, rebelle au repos et aux antiseptiques ».

« Même lorsqu'il est continu, l'écoulement vaginal présente des recrudescences de décharge, véritables vomiques salpingiennes, « hydrops tubae profluens » qui mettent fin à des crises de rétention fort douloureuses. » (Leuret.)

Douay, Grandclaude et Razemon insistent sur la précocité de ce signe qui précède de loin l'incendie brutal des propagations et des métastases incurables. Dans le cas de la malade n° 2, les pertes rouges du début ont entraîné un traitement médical suivi

d'un curettage pour métrite hémorragique ; à ces métrorragies a succédé un écoulement de liquide séreux assez caractéristique.

Le Balle et Patay ont insisté en 1929 sur l'importance de la leucorrhée et infirmé la conclusion de Doran qui ne signalait d'écoulement vaginal que dans 37 % des cas observés.

La douleur et la leucorrhée apparaissent donc comme les symptômes fonctionnels les plus fréquents ; cependant, leur variabilité extrême a rendu jusqu'ici le diagnostic pratiquement infaisable.

II. - Signes physiques.

Sans nous étendre sur les adénopathies signalées par de rares auteurs et citées par Daret dans sa thèse de Bordeaux, nous attirerons l'attention sur les seuls signes physiques importants : la tumeur et l'ascite.

La tumeur. — Parfois sentie à l'examen de l'abdomen, elle est plus souvent découverte au toucher vaginal. La palpation abdominale, dans le cas de l'observation n° 1, révèle l'existence d'une tumeur volumineuse tandis qu'au toucher vaginal on note une « coulée dans le cul de sac droit à type néoplasique ».

Le toucher montre, en général, des annexes volumineuses. Au maximum le petit bassin est bloqué par la masse annexielle. Chez une malade de Guillemin, le toucher montre un bassin rempli par une

masse dure, occupant les culs de sac latéraux et le Douglas, véritable bassin « coulé en plâtre ».

Dans notre deuxième observation l'utérus est bloqué, immobile et douloureux à la pression.

Quand l'évolution est plus avancée, — Herbert Spencer insiste sur ce point dans son observation que nous reproduisons — le cancer tubaire peut constituer une masse volumineuse remontant assez haut sur la ligne médiane et le toucher vaginal met en évidence assez souvent des masses multiples et dures, entourant le col et semblant être continues avec la tumeur.

Boxer a publié un cas où la tumeur, absolument postérieure à l'utérus, venait faire saillie dans le cul de sac vaginal postérieur dont la paroi semblait adhérer à la masse néoplasique.

Enfin, à un stade plus avancé encore de l'évolution, la masse est devenue fluctuante et on cite une colpotomie faite avec le diagnostic de « collection purulente du Douglas consécutive à une annexite ».

L'Ascite. — Rarement observée, elle ne peut être qu'une découverte opératoire car elle est toujours peu abondante. Leuret cite cinq cas d'ascite pris dans la littérature. A l'ouverture du ventre de sa malade présentant un cancer bi-latéral avec une métastase épiploïque, le Docteur Caby découvre une ascite.

La quatrième observation que nous produisons à la fin de ce travail est celle d'Herbert Spencer ; au

cours de l'intervention, celui-ci note la présence d'une ascite sanguinolente chez sa malade atteinte de volumineux épithélioma de la trompe avec déjà quelques petits noyaux cancéreux sur l'intestin.

III. - Signes généraux.

Il semble que les signes généraux du cancer tubaire soient excessivement discrets. Les auteurs sont rares qui attirent l'attention sur le mauvais état général de leurs malades ; l'amaigrissement est nul ou peu important et, exception faite pour les néoplasmes très évolués, on peut dire que des symptômes fonctionnels ou des signes physiques révèlent seuls la présence de l'épithélioma primitif de la trompe.

Des diagnostics variés ont fait laparotomiser les malades chez lesquelles on a découvert opératoirement le cancer tubaire. Etudier l'évolution et les signes associés de cette affection revient à présenter un certain nombre de formes cliniques et évolutives le plus souvent rencontrées.

IV. - Formes cliniques.

Elles sont annexielles ou utérines.

Formes annexielles. — Dans les cas les plus caractéristiques on peut, sinon faire le diagnostic, tout au moins, le soupçonner et en tenir compte pour décider l'intervention.

Il s'agit le plus souvent d'une femme de 40 à 50 ans venant consulter pour des pesanteurs pelviennes, avec un écoulement vaginal important et tel que

nous l'avons décrit dans le chapitre précédent. A l'examen, l'utérus normal est flanqué de masses annexielles bilatérales, volumineuses et rénitentes. L'évolution est apyrétique ; l'augmentation de volume est progressive.

Le tableau clinique peut être celui d'une salpingite chronique ou d'un vieux pyosalpynx ; il est donc important de constater que l'allure inflammatoire de l'affection ne doit pas a priori faire rejeter le diagnostic soupçonné d'épithélioma primitif de la trompe.

Il en est de même si une affection annexielle aiguë, caractérisée par une fièvre élevée, une polynucléose, des douleurs et des signes physiques, semble être seule en cause. Ces formes aiguës et fébriles sont peut-être à la trompe ce qu'est la mastite carcinomateuse aiguë de Wolkmann et Klotz à la glande mammaire ?

« Forme tumorale salpingienne, forme à type d'annexite chronique ou de pyosalpynx, formes aiguës fébriles ont toutes ceci de commun : c'est d'être des formes annexielles du cancer tubaire.

Formes utérines. — Le cas de notre malade n° 2 nous paraît être un exemple typique de cancer tubaire se présentant sous la forme d'une affection utérine. En effet, le médecin traitant et un premier chirurgien consulté avaient prescrit un traitement médical et un curettage car l'affection en cours faisait porter le diagnostic de métrite hémorragique. A l'entrée dans le service, nous avions pensé à un can-

cer de l'utérus et l'épithélioma primitif de la trompe droite fût une découverte opératoire.

Dans la littérature médicale de ces dernières années, on trouve de nombreux cas où la masse tubaire fut prise pour un fibrome de l'utérus. Parfois aussi, en l'absence de tumeur décelable à l'examen physique, les métrorragies font porter le diagnostic de cancer utérin.

Le cancer tubaire est plus profondément méconnu encore si une affection utérine réelle en voile tous les signes. Un fibrome ou un cancer de l'utérus réels attirent à eux seuls l'attention et si le toucher permet de sentir la masse tubaire, il est fréquemment porté un diagnostic comme celui de fibrome avec salpingite par exemple.

Concluons avec LEURET que de toutes ces erreurs, aucune n'est, au fond, bien grave, si la laparotomie en est la sanction.

ÉVOLUTION

En l'absence d'intervention

Il semble que l'opinion de QUÉNU sur l'extrême malignité du cancer tubaire soit la vérité. Après une phase intra-tubaire qui peut durer jusqu'à huit mois, l'évolution se précipite en quelques mois vers la mort.

La durée moyenne en l'absence d'intervention serait de deux ans.

Pendant ces deux ans, l'évolution ne se fait pas sans douleurs et sans symptômes de plus en plus alarmants pour la malade.

Localement on assiste à une extension rapide du processus ; l'évolution prend assez rapidement une allure grave. KARAKOZ, BARRET et RUGE ont signalé des troubles urinaires. BIAR et LECÈNE ont relaté plusieurs cas de fistules tubo-intestinales. L'ascite est rare et tardive. C'est là un signe différentiel avec les tumeurs malignes de l'ovaire où l'ascite, le plus souvent rapide, est sanglante dans la majorité des cas.

Après ces modifications locales, la généralisation s'accentue rapidement. DIERNER insiste sur l'envahissement du foie mais souvent les douleurs de com-

pression beaucoup plus vives, les métastases au niveau de l'estomac et de l'épiploon précèdent de peu les métastases ganglionnaires qui achèvent le tableau. DURET et RONINSKY ont signalé une adénopathie sus-claviculaire gauche.

Enfin, l'état général très altéré, l'amaigrissement, la fièvre et la cachexie terminent cette évolution en l'absence d'intervention.

Evolution après intervention

BIAR en 1914 écrivait : « La salpingectomie très précoce suffirait seule à enrayer tout le mal ». A cette époque, le diagnostic n'est jamais fait et c'est toujours une hystérectomie aussi large que possible qui est pratiquée. Cependant, les résultats ne sont pas toujours favorables.

Les récidives au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'épiploon, du foie apparaissent dans les six premiers mois. DOUAY poursuivit des métastases pendant cinq ans.

Notre malade n° 1, opérée en septembre 1945, présentait en février 1946 une greffe au niveau du fond du vagin ; la coagulation faite à cette époque dut être refaite en avril. La malade décéda en septembre.

La durée de survie est assez variable, mais une fois la récidive déclarée, l'évolution se précipite.

Il y a cependant des cas heureux. WIÉSINGER note une survie de treize ans, ZANGEMEISTER de huit ans, BENTHIN et VEIT de sept ans. Les opérées de QUÉNU et LONGUET n'avaient pas récidivé après deux ans.

Quatre des malades de Leuret et Biar étaient en bonne santé quatre ans après l'intervention.

D'après Leuret, les récidives sont à craindre dans un délai de six mois à deux ans, et il semble que seules les survies de plus de trois ans permettent de considérer les malades comme guéries.

TRAITEMENT

Essentiellement chirurgical et aussi précoce que possible, le traitement consiste dans l'hystérectomie totale, dans l'ablation complète des deux annexes et de l'utérus.

Hoffbauer, Novy, Fabricius et tous les auteurs modernes ont fait abandonner la salpingectomie simple toujours suivie de récidives utérines ou tubaires du côté opposé.

L'hystérectomie sub-totale proposée en 1929 par Le Balle et Patay, qui y joignaient l'évidement du col, est considérée aujourd'hui comme insuffisante.

Fonyo et Stolz pratiquèrent l'ablation des ganglions sous péritonéaux. Lecène en 1909 se contentait de l'hystérectomie totale mais Doderlein et Kronig en 1921 conseillent de pratiquer l'hystérectomie élargie de Wertheim. Kelly et Segond ont défini par les termes de décollement ascendant une technique qui consiste à pratiquer, après l'hystérectomie totale, la résection du péritoine pelvien et une exploration de tous les groupes lymphatiques abdominaux.

Cependant, il faut bien souvent agir à la demande des lésions.

Le traitement radio-actif associé peut avoir ses indications.

C'est WANNER et TEUTSCHLANDER qui, en 1913, pratiquent la première application de radium pour cancer tubaire.

En 1920, THALER fait une application de radium à travers la plaie opératoire et deux ans après, sa malade n'a pas récidivé. En 1921, BRESTCHNEIDER, THALER et KALMANN en 1922 et SCHAFER en 1923 ont utilisé une roentgenthérapie post-opératoire avec succès. En France, J.-L. FAURE l'a conseillé comme adjuvant.

Le traitement actuel de l'épithélioma primitif de la trompe est l'hystérectomie totale. Les résultats obtenus seront d'autant plus favorables que l'acte chirurgical aura été plus précoce.

OBSERVATIONS

Obs. I (inédite). — Le 10 septembre 1945 entre à la clinique chirurgicale du docteur Caby, M^me^ B..., âgée de cinquante-trois ans.

La malade se plaint de douleurs abdominales et de métrorragies. A l'examen, on sent une tumeur volumineuse et au toucher vaginal une coulée dans le cul-de-sac droit s'infiltrant le long du ligament utéro-sacré, d'une dureté néo-plasique.

Intervention. — Le 13 septembre, sous-anesthésie générale à l'évipan et perfusion continue intra-veineuse de sérum, une laparotomie médiane est effectuée. Dès l'ouverture du ventre on constate l'existence d'une ascite. Le chirurgien procède à une hystérectomie totale difficile. La péritonisation colo-vésicale est faite sur une mèche vaginale. Une métastase épiploïque est enlevée. Après un surjet de catgut sur le péritoine, la paroi est fermée en un plan aux crins.

Suites opératoires. — La température monte à 38°7 le soir de l'ablation de la mèche. Les douleurs reprennent à droite vers le douzième jour. Le 29 septembre, la malade quitte la clinique en bon état général, mais souffrant encore.

Anatomie pathologique. — 1° L'étude macroscopique de la pièce met en évidence deux trompes remplies de végétations néo-plasiques qui les distendent et qui sortent par le pavillon. Elles adhèrent aux faces postérieures du ligament large.

2° L'examen, pratiqué le 13 septembre par le docteur A. Desmonts, chef de laboratoire à la Faculté, permet d'aboutir aux conclusions suivantes :

a) Trompe : paroi tubaire et muqueuse végétante où les mitoses sont fréquentes ;

b) Fragments isolés provenant de la lumière de la trompe, composés de cellules cylindriques groupées en tubes glandulaires souvent anastomosés en amas plus compacts.

Il semble bien qu'il s'agisse d'un épithélioma végétant primitif de la trompe.

Evolution. — La malade est suivie depuis l'intervention chirurgicale. On note successivement :

Le 6 décembre 1945 : douleurs sciatiques droites : infiltration pelvienne droite au toucher rectal ; rien à l'abdomen et bonne digestion.

Le 1er février 1946 : électrocoagulation d'un bourgeon néoplasique faisant issue par la cicatrice vaginale, cause d'écoulements sanguinolents.

Le 7 mars 1946 : la coagulation, faite il y a un mois, a eu un heureux effet. Les pertes sont arrêtées.

Le 13 avril 1946 : gros chou-fleur verdâtre emplissant le fond du vagin. Sous-anesthésie à l'évipan, électrocoagulation, curettage puis application de bonin.

En juin apparaît une ascite volumineuse qui est ponctionnée en juillet et ne récidive que lentement.

Décès en septembre.

Obs. II (inédite). — Le 29 août 1946, Mme S..., âgée de cinquante-cinq ans, est admise dans le service chirurgical du docteur Caby, à l'hôpital de Corbeil. La malade est envoyée par son médecin, qui a posé le diagnostic de fibrome et rétroversion utérine.

Dès l'abord, l'attention est attirée par la pâleur du visage de la malade, mais celle-ci déclare que c'est là

son teint naturel ; d'ailleurs, son état général est bon et la malade dit ne pas avoir maigri et avoir toujours bon appétit. Dans les antécédents personnels et familiaux, on ne relève aucune maladie digne d'être retenue.

Histoire de la maladie. — En 1915, M^me^ S... accoucha normalement d'un garçon. Toujours réglée normalement, elle n'a présenté ni ménorragie, ni métrorragie jusqu'à sa ménopause, survenue en 1942. En avril 1944, surviennent quelques métrorragies qui entraînent un traitement médical. En février 1945, un chirurgien consulté conclut, après curettage, à une métrite hémorragique. Les pertes de sang continuent jusqu'en septembre, puis, au mois de décembre, apparaissent des pertes qui sont, suivant l'expression de la malade, « claires comme de l'eau ».

A partir du mois de mai, la malade accuse des douleurs abdominales qui prédominent dans la fosse iliaque droite et s'irradient vers la cuisse droite.

Examen. — L'examen systématique de la malade nous donne une tension artérielle à 16/9 et un taux d'urée dans le sang à 0 gr. 45 par litre. La palpation abdominale ne permet de constater l'existence d'aucune tumeur. Au toucher vaginal, le col est dévié vers la droite. L'utérus, fixé, donne une sensation de dureté, qui fait penser au cancer sans que soit porté le diagnostic d'épithélioma primitif de la trompe. Une tumeur dure, enclavée dans le douglas, non séparable d'avec l'utérus, est perceptible au toucher. La pression de l'utérus est douloureuse.

Intervention. — Le 30 août 1946 : après un privénal-starter, l'anesthésie est prolongée au schleich avec le masque d'Ombredane. Laparotomie médiane. Les annexes gauches semblent saines. La trompe droite est énorme, bourrée de tissus néoplasiques, et se rompt en sa partie moyenne quand on veut l'enlever. Il est impossible d'extirper la totalité de la trompe, car une partie

de celle-ci adhère fortement au rectum et au vagin dans le douglas. Une hystérectomie subtotale est pratiquée. Pas de péritonisation. Un drain et deux mèches sont laissés. La paroi est fermée par deux plans de catgut et deux crins totaux.

Suites opératoires. — Après quarante-huit heures, la crise des gaz motive une injection de prostigmine qui soulage la patiente, dont la température s'est élevée à 38° le deuxième soir après l'intervention. Par la suite, le thermomètre oscille régulièrement entre 37° le matin et 37°5 ou 6 dixièmes le soir. Le drain, raccourci au quatrième jour, est enlevé le cinquième jour après l'intervention.

Raccourcies à partir du sixième jour, les mèches sont enlevées, la première le huitième jour et la seconde le dixième jour après l'intervention. Quinze jours après l'hystérectomie, la malade est opératoirement guérie.

Anatomie pathologique (Docteur NABONNE, chef de Laboratoire de l'Hôpital).

1° Examen macroscopique. — La trompe droite, très augmentée et bourrée de tissus néoplasiques. Rompue lors de son ablation, elle est partiellement laissée dans l'abdomen, car son extraction totale est impossible par suite des adhérences au rectum et au vagin.

2° Examen microscopique. — Pas de vestiges normaux de l'organe examiné. Il s'agit d'un bloc de cellules néoplasiques à contours irréguliers et festonnés soutenu par un tissu fibro-conjonctif lâche et œdémateux profondément infiltré d'un processus hémorragique organisé vers le type fibrino-réticulé. Le néoplasme reste sans ébauche glanduliforme ou muqueuse. Il est parfaitement atypique dans l'ensemble de la préparation.

Conclusion : néoplasme atypique de la trompe.

Evolution .— Un mois après son opération, la malade ressent toujours une douleur lancinante au niveau de

l'hypogastre, qui s'irradie vers la cuisse et s'atténue sous l'action des antinévralgiques. Les pertes claires continuent. L'état général est bon.

La malade quitte l'hôpital pour être dirigée sur un centre de radiothérapie.

Nous reproduisons ci-après trois observations qui nous ont paru intéressantes pour les particularités cliniques qu'elles présentent.

Obs. III (Thèse de Biar, Paris, 1924). — G..., 22 ans, entrée à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre. Réglée à quinze ans normalement. Mariée à vingt et un ans. Un avortement en octobre 1913. Curettage pour rétention. Depuis, pertes blanches, pas de métrorragies. Les règles sont devenues plus abondantes.

Depuis son avortement, la malade a souffert du bas-ventre, mais depuis un mois les douleurs deviennent de plus en plus vives, lancinantes et irradiant vers la région sacrée.

Examen. — Réveille la douleur. Utérus de volume normal, col ouvert non ulcéré. On décèle une petite masse annexielle du volume d'une grosse prune dans chaque cul-de-sac latéral.

Diagnostic. — Salpingite double.

Opération (19 mai 1914, docteur Leuret). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes des deux côtés sont adhérentes dans le Douglas et à la face postérieure des ligaments larges. Ablation bilatérale. Ovaire gauche laissé. Utérus sain, fixé à la paroi par un point. Appendice sain laissé. Péritoine d'aspect normal.

Suites simples. Malade sortie guérie le 20 juin 1914.

Anatomie pathologique. — Les deux trompes sont de la grosseur du pouce de la partie moyenne à l'ampoule,

le diamètre diminuant jusqu'à la normale à l'insertion interne. On ne voit plus de franges tubaires. A la coupe, les deux trompes contiennent la valeur d'une cuillère à café de pus ; mais, de plus, présentent des arborisations à type papillomateux qui envahissent la lumière tubaire. Ovaire droit scléro-kystique sans lésions arborescentes.

Histologie. — Aussi bien dans la muqueuse que dans les autres couches de la paroi tubaire, grosse infiltration leucocytaire et présence de néo-vaisseaux. Mais, de plus, la muqueuse tubaire est le siège d'une prolifération à type papillomateux qui envahit la cavité et s'enfonce également dans la musculeuse.

Il s'agit manifestement d'une prolifération épithéliale maligne à point de départ de la muqueuse tubaire, qui, soit dans les prolongements qu'elle envoie entre les fibres musculaires, soit dans les arborisations qui poussent librement dans la lumière se présente sous la forme papillaire. Mitoses nombreuses.

L'aspect est le même des deux côtés. La prolifération maligne est probablement consécutive aux lésions inflammatoires.

Ce cas est intéressant en raison du jeune âge de la malade (vingt-deux ans), de la bilatéralité des lésions et de la rapidité d'apparition des caractères tumoraux sur une lésion salpingienne.

Obs. IV (Herbert Spencer, *Journal de Chirurgie*, 1910, tome IV, p. 348). — Vierge de trente-cinq ans, se plaint de violentes douleurs dans l'abdomen et le dos, et de la présence d'une tumeur abdominale qui grossit. La menstruation est seulement exagérée depuis quelques mois.

Examen. — On constate la présence d'une tumeur abdominale, dure, qui remonte sur la ligne médiane, à

cinq pouces au-dessus du pubis. A gauche, elle est fixée dans la fosse iliaque. Circulation collatérale très marquée. Au toucher, on sent le col entouré de masses dures, continues avec la tumeur.

Opération. — Laparotomie dix-huit mois après le début des douleurs. Ascite sanguinolente. Intestin adhérent sur la tumeur. En séparant les adhérences, on ouvre un kyste ovarien simple, du volume d'un citron. On l'enlève avec la trompe gauche, très augmentée de volume. Il existe déjà dans l'intestin de petits noyaux cancéreux. On laisse l'utérus. Guérison opératoire. Mort par récidive un an après.

Anatomie pathologique. — Toute la partie moyenne de la trompe est remplie par une masse néoplasique, de couleur jaune opaque, qui a complètement détruit la paroi de la trompe et obstrué sa lumière. Histologiquement, il s'agit d'un carcinome épithélial à dégénérescence kystique centrale.

Ce cas concerne bien un cancer primitif de la trompe car nulle part ailleurs il n'y avait de masse néoplasique et le reste du tractus génital ne présentait pas trace de dégénérescence maligne.

Obs. V (Boxer, *Journal de Chirurgie,* 1910, tome IV, page 106). — Observation du service de Lihotzky, à l'hôpital Rodolph, Vienne. Soixante-deux ans ; un accouchement il y a trente-six ans ; ménopause depuis onze ans ; pertes depuis six mois ; depuis trois semaines, douleurs dans le côté droit du ventre avec irradiation dans la cuisse correspondante et dans la région sacrée ; épreinte rectale, qui cesse pendant la défécation. Amaigrissement appréciable.

Examen. — Utérus un peu gros, repoussé en avant par la présence dans le Douglas d'une masse faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur, mais empié-

tant aussi sur le cul-de-sac droit ; la paroi vaginale semble adhérer un peu à la tumeur sous-jacente. Annexes gauches en apparence saines.

Diagnostic. — Cancer de l'ovaire droit.

Opération (15 avril 1909). — Tout d'abord, essai d'hystérectomie vaginale, mais, comme l'utérus refuse de descendre, le chirurgien se décide à procéder par la voie haute. Laparotomie sous-ombilicale. On tombe sur une tumeur arrondie, molasse, friable, incluse dans le ligament large droit et paraissant provenir de la trompe du même côté. Extirpation totale utéro-annexielle fort laborieuse à cause des adhérences qui unissent le néoplasme à l'épiploon, aux anses intestinales, etc... Cette extirpation ne fût pas absolument complète, car on dut renoncer à enlever tout le tissu cellulaire infiltré du paramétrium du côté droit, dans le voisinage de l'uretère.

Drainage vaginal au moyen d'une mèche. Suites simples. Guérison. Sortie le 30 mai. Au bout de cinq mois, la malade revient consulter : on trouve dans le petit bassin et à droite de l'infiltration douloureuse à la pression. Mort dans le marasme peu de temps après.

A l'examen histologique. — 1° Un processus carcinomateux évoluant sur une trompe altérée atteinte de lésions inflammatoires chroniques ;

2° Un processus phlegmasique offrant tous les caractères du kyste tubo-ovarien classique. Ajoutons que le néoplasme tubaire appartenait au type alvéolo-papillaire, déjà décrit par tous ceux qui ont rapporté des exemples de carcinomes de l'oviducte.

CONCLUSIONS

Les cancers tubaires représentent 1,5 % des cancers du tractus génital de la femme. L'âge habituel des malades est compris entre quarante et soixante ans. Il semble que les infections chroniques antérieures de l'appareil génital jouent un rôle favorisant. L'épithélioma primitif de la trompe peut provenir de la transformation d'un papillome intra-tubaire (Le Balle et Patay). Il peut aussi n'être qu'un des éléments d'une épithéliomatose diffuse du tractus génital (Leuret).

Le cancer apparaît comme unilatéral dans les trois quarts des cas et bilatéral dans le quart restant. S'il est unilatéral, il est situé le plus souvent du côté droit (sur 36 cas unilatéraux, Quénu en note 28 à droite).

Son évolution peut être schématisée en deux temps : le stade intra-tubaire — pendant lequel l'intervention a donné des résultats favorables — et le stade d'extension ou stade extra-tubaire.

Les architectures histologiques sont très variables et nous distinguons des aspects typiques papillaires ou papillo-alvéolaires et des aspects non typiques

qui, s ils ne défient pas toute description, comme les épithélioma tubaires polymorphes de Heil par exemple, sont massifs ou Wolffiens.

Dans tous les cas, l'examen histologique permet de distinguer l'épithélioma primitif du cancer secondaire.

Au stade extra-tubaire, l'évolution de l'épithélioma est dominée par l extériorisation des végétations néo-plasiques ; nous assistons alors à l'envahissement tant par greffe que par continuité du péritoine et des organes voisins.

L'envahissement lympathique est le plus souvent un phénomène tardif qui ne se voit que dans les cas déjà inopérables du fait de la diffusion locale.

Le mécanisme des métastases du cancer tubaire est discuté : Lecène admet la métastase par voie sanguine ; Franque et Ruge lui préfèrent l'hypothèse de la métastase par voie lymphatique. Cependant, Razemon et Grandclaude ont admis la métastase par implantation ou par greffe sur la muqueuse génitale sous-jacente. Leuret discute ces différents mécanismes et tend à admettre l'existence d'une « épithéliomatose multiple, diffuse, des divers éléments du tractus génital ».

Une symptomatologie fruste rend le diagnostic difficile. La leucorrée séro-sanguinolente, la constatation d'une tumeur, son accroissement rapide, son évolution sans fièvre et la douleur pourront dans quelques cas, aiguiller un diagnostic hésitant.

Jusqu'à ce jour, l'épithélioma primitif de la trompe a simulé des affections annexielles ou utérines. Celles-ci ont indiqué une laparotomie qui permit de découvrir le cancer tubaire.

L'évolution sans intervention se fait en quelques mois vers la mort. Après intervention, une survie de plus de trois ans peut faire conclure à la guérison. Les résultats sont d'autant plus favorables que l'acte chirurgical a été plus précoce. En fait, la récidive précoce a été constatée dans la majorité des cas.

Le traitement est chirurgical. Il consiste dans l'ablation complète des deux annexes et de l'utérus. Le radium et la Roentgenthérapie ont pu avoir, dans certains cas, un rôle adjuvant.

Vu : *Le Doyen,*
L. Binet.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Moulonguet.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

AICHEL. — **Cancer tubaire double**. (*Zentr. für et Gynak.*, 1912, p. 58).

AURAND. — Cancer papillaire géant de la trompe. (*Société de Gynécologie de Marseille*).

AMBRE. — Cancer primitif de la trompe. (*La Gynécologie*, février 1939).

ANNA (D.). — Epithéliome de la trompe. (*Arch. de la Soc. It. de Chirurgie*).

ANDUZ ACHER. — Concer primitif des trompes. (Thèse Toulouse, 1911).

ANSPACH et HOFFMAN. — Deux cas de cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, septembre 1931).

ASCHEIM. — Guérison de cancer des trompes et de l'utérus avec métastases tardives. (*Zentralb. für Gynak.*, 4 mars 1932).

BADILE. — Sur l'association de la tuberculose et d'une tumeur sur le même organe. (*Tumori*, 1923, F. 4).

BAZTERRICA, BARTAS et FERRACANI. — Epithélioma primitif de la trompe. (*Rev. Med. Quir. de Path. Fem.*, octobre 1938).

BEITZKE. — Le cancer primitif bilatéral des trompes. (*Chweis Med. Woschem*, n° 23, 8 juin 1935).

BIAR. — Epithélioma primitif des oviductes. (Th. Paris, 1924).

BOMPIANI. — Cancer primitif de la trompe. (*Annali di Obst. e Gynecol.*, 31 mai 1931).

BORTINI. — Carcinome primitif de la trompe associé à un fibrome utérin. (*Annali di Obst. e Gynecol.*, 1929).

BOUQUET, MONTPELLIER et SCHIAPPONI. — *Société d'Obstrétrique et de Gynécologie d'Alger.*

BOURRELY. — Tumeurs primitives des trompes. (Th. Montpellier, 1910).

BOWER et CLARK. — *Arch. of Surgery*, 1925.

BOXER. — Contribution à l'étude du carcinome tubaire. (*Monatsch für Gebertshülfe and Gynakologie*, t. 30, n° 5, 1909).

BRUN. — Contribution à l étude du cancer de la trompe de Fallope. (Th. Montpellier, 1919, 20).

BURGER. — Cancer primitif des trompes. (*Strasbourg Médical*, 25 mars 1931).

CHARACH. — Cancer primitif des trompes de Fallope. (*Annales of Surgery Fem.*, 1936).

COESTER. — Le diagnostic du cancer primitif bilatéral des trompes. (*Zentr. für Gynak.*, 31 mars 1933, p. 746).

CORNIL et MOSINGER. —Sur une classification histogénique des épithéliomes tubaires. (*Gynéc. et Obst.*, 1933, p. 561).

COTTE. — Epithélioma primitif de la trompe. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 17 décembre 1931).

COULAUD. — Fibromyome, épithélioma des trompes. (*Bulletin Soc. Anat.*, Paris, février 1920, p. 93).

CULBERTSON. — Cancer bialtéral des trompes. (*Ann. Journ. of Obst. and Gynec., décembre* 1933).

CULLEN. — Carcinome de la trompe droite perceptible au palper abdominal. (*Bull. of the John Hopkins Hospital*, janvier 1911, p. 20).

DANEL. — Tumeurs malignes primitives des trompes. (Thèse Paris, 1899).

DANREUTHER. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*, novembre 1933).

DARET. — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. (Thèse Bordeaux, 1939).

DI SANT AGNESE. — Cancer primitif de la trompe. (*Annali di Obst. é Gynec.*, Avril 1936).

DISS et KUHHMAN. — Hyperplasie tuberculeuse de la trompe simulant un cancer. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, n° 2, p. 200).

DODERLEIN et KRONIG. — Operative Gynakologie, 1921, p. 879

DORAN. — *Journal Obst. Gyn. of Brit. Empire*, vol. 17, 1910).

DUBOUCHER, MONTPELLIER et LEFRANC. — Un cas d'épithélioma primitif de la trompe. (*Soc. d'Obst. Alger*, juillet 1931).

DUCUING. — *Gynécologie Obstétrique*, 17 janvier 1938.

DUMITRESCO. — Cancer et tuberculose des trompes. (*Gyn. si Obstétrica*, novembre-décembre 1934).

DURET. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale*, 1898.

ESTÈVE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitive des trompes. (Thèse Montpellier, 1927).

FABRICIUS. — Epith. primitif des trompes. (*Zentr. für Gynak.*, 1909, p. 996).

FAVREAU. — Epith. prim. des trompes. (Thèse Paris, 1924).

FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie, 1923, p. 1.119.

FORGUE et GRYNFELT. — Contribution à l'étude de l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites. (*Bull. Acad. Méd.*, 1923, n° 33).

FOX et AMBROSINO. — Cancer primitif de la trompe. (*Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Buenos-Aires*, juillet 1932).

FRANKL. — Pathologie et clinique des sarcinomes tubaires. (*Zentral. für Gynak.*, 1928).

GALLAGHER. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Journ. of the Missouri Med. Assoc.*, novembre 1930).

GITTELSON. — Histogénèse des carcimones primitifs des trompes. (*Monatsch für Gynak*, 1928).

GOSEKE. — Cancer primitif bilatéral de la trompe. (*Zentralb. für Gynak*, 13 août 1932).

GOSSET. — *Annales de Chirurgie et Obstétrique*, mai 1909.

GRANDCLAUDE et RAZEMON. — *Soc. Anat.*, Paris, 6 avril 1933.

GUILLEMIN. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1933.

HARVEN. — Adéno-cancer de la trompe utérine. (*Le Scalpel*, 2 septembre 1933).

HASCLHORST. — Cancer primitif bilatéral des trompes. (*Zentralb. für Gynak*, 10 octobre 1931).

HAUPT. — Guérison durable du cancer de la trompe. (*Zentral. für Gynak.*, 31 mars 1933).

HELD. — Cancer primitif de la trompe. (*Gyn. et Obst.*, 1935, p. 395).

HENDERSON. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, février 1939).

HOLLANDE. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Surg. Gyn. and Obst.*, novembre 1930)

JACOBS. — Papillome primitif de la trompe. (*Bull. de la Soc. de Chir. Fem.*, 1920, p. 247).

JAHKOLAH. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Act. Soc. Med. Fem.*, novembre 1931).

JEANNENEY et SOUBIRAN. — Sur un cas d'épithélioma de la trompe. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, juillet 1938).

JOHNSON. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. (*Ann. of Surgery,* 6 juin 1931).

KAHN et NOORRIS. — Cancer primitif des trompes de Fallope. (*Ann. Journ. of Obst. and Gyn.,* septembre 1934).

KŒNIG. — Carcinome primitif des trompes. (*Gyn. Helvétique,* 1912, p. 1).

KRAUSS. — Carcinome des trompes. (*Gynak. Rundschau,* 1913, p. 20).

KREFELER. — Clinique et pathologie du cancer primitif des trompes. (*Arch. für Gynak.,* 21 janvier 1932, p. 271).

KRISS. — Adéno-cancer avec tuberculose de l'utérus de la trompe. (*Zent. für Gynak.,* 31 mars 1933, p. 746).

LAROSS. — Un cas d'épithélioma primitif de la trompe. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris,* 17 février 1933).

LAURET. — Epithélioma primitif de la trompe. (*La Normandie Médicale,* avril 1939).

LE BALLE et PATAY. — Epithélioma primitif de la trompe. (*Gyn. et Obst.,* 1929, p. 286).

LECÈNE. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique,* juillet 1909.

LEURET Jean. — Epithéliomas simultanés des trompes et du corps utérin. (*Soc. Anat. de Paris,* 6 février 1936).

— Epit. de la tr. (*Soc. Anat. de Paris,* 13 octobre 1933).

— *Gazette Médicale de France,* 1937.

LEURET André et LEROUX. — *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer,* an XV, n° 1, p. 20-21.

MAC GHIN et HANER. — Cancer primitif de la trompe. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* septembre 1933).

MACREZ. — Thèse de Paris, 1899.

MAISS. — Carcinome primitif de la trompe. (*Zentralb. für Gynak,* 1911, p. 981).

MARCUS. — Les irradiations douloureuses de la trompe. (*British Med. Journ.*, 1923, n° 3).

MICKULICZ-RADECKI. — Cancer de la trompe de Fallope. (*Zentralb. für Gynak.*, n° 14, 6 avril 1935).

MONTPELLIER, BOUQUET et CHIAFFONI. — Nouveaux cas d'épit. de la trompe. (*Gyn. et Obst.*, 1933).

MULLER. — Tumeurs primitives de la trompe de Fallope. (*Casop. Lek. Cesk.*, Prague, 1924).

NICHOLSON et JACOB. — Cancer primitif des deux trompes. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Buenos-Aires*, 28 novembre 1934).

OFFMAN. — Le cancer primitif de la trompe de Fallope. (Thèse, Montpellier 1940).

OLIVIER et MARTIN. — Cancer de la trompe. (*Lyon Médical*, 1921, p. 946).

QUENU et LONGUET. — Tumeur de la trompe. (*Revue de Chirurgie*, 1901, t. 2).

RABINOWITCH et HORTON. — Cancer primitif de la trompe. (*Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, mars 1931).

RIES. — Papillome et carcinome primitifs de la trompe de Fallope. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 22 mars 1897, p. 962).

ROBINSON. — Trois cas de cancers primitifs des trompes de Fallope. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, juillet 1936, p. 84).

ROHDENBUERG. — Carcinome primitif de la trompe de Fallope. (*Proc. New-York Path. Soc.*, janvier 1919, p. 1).

ROKITANSKY. — *Lehrb. Déc. Path. Anat.*, Vienne, 1861.

ROUTADIER. — *Société de Chirurgie*, 1892.

ROUSSY et LEROUX. — Le diagnostic des tumeurs, 1921.

SAMPSON. — Epithélioma tubo-ovarien. (*The American Journal of Pathology*, janvier 1934, t. 10).

SCHEULN. — Carcinome des trompes. (*Detroit Med. Journal*, 1906, p. 51).

SCHERAH. — Carcinome primitif des trompes. (*Monatsch. für Geb. und Gyn.*, août 1925, p. 294).

SCHULTE. — Deux cas de cancer primitif de la trompe. (*Zentralb. für Gynak*, août 1937).

SCHRODER. — Les carcinomes des épithélioma tubaires. (*Systematik z. für Gynak.*, 1922, p. 1.495).

SCOTT et OLIVIER. — Carcinome primitif de la trompe de Fallope. (*Journ. of Lab. and Med.*, 1929, p. 429).

SOUBEIRAN. — Le cancer primitif de la trompe. (*La Gynécologie*, septembre 1931).

SPENCER. — Cancer primitif bilatéral des trompes. (*Zentralb. für Gynak.*, 8 mars 1931).

— *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, t. 17, janvier 1910, n° 1, p. 30 à 35.

STOLZ et MACATONA. — Cancer développé sur une trompe tuberculeuse. (*Bratislavaskle Karska Histy*, mars 1935).

SYDNEY SMITH. — Cancer primitif de la trompe, deux cas. (*Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*, août 1932).

TATE. — Carcinome de la trompe accompagnant une affection aiguë. (*Journ. of Obst. and Gyn. of British Empire*, t. 17, n° 1, janvier 1910).

TONNEAU. — Epithéliome de la trompe de Fallope. (*Bruxelles Médical*, 24 juin 1934).

VIGNES. — Cancer de la trompe, (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Buenos-Aires*, septembre 1934).

VOINOT. — L'épithélioma de la trompe de Fallope. (Thèse Nancy, 1900).

WATKINS et WILSON. — Carcinome primitif de la trompe de Fallope. (*Surgery Gyn. and Obst.*, 1930, p. 125).

WEINBRENNER. — Carcinome primitif de la trompe. (*Zentr. für Gynak.*, 1911, p. 981).

WERNER WI/TER. — Pathologie et clinique du cancer de la trompe. (*Arch. für Gynak.*, 17 novembre 1933).

WEST. — Etude clinique du cancer primitif de la trompe. (*Bull. of the John Hopkins Hospital*, 1914, p. 308).

WOOD. — L'épithéliome primitif de la trompe de Fallope. (*Bull. de la Soc. de Chirurgie du Chili*, avril 1934).

Imprimerie de Persan-Beaumont
80, avenue Wilson, PERSAN. 80
22.607 - Dépôt légal 1947 - N° 1